NursRxiv
DOI：10. 12209/issn2708-3845. 20220813001

结肠息肉圈套器冷切除术与内镜下黏膜切除术的护理研究

王 爽[1]，赵薇巍[1]，姚 娜[1]，张春双[1]，张香菊[1]，彭 丹[2]
（1. 北京中医药大学东方医院脾胃肝胆科，北京 100072；2. 北京中医药大学东方医院护理部，北京 100078）

摘要：目的 分析内镜下黏膜切除术（endoscopic mucosal resection，EMR）和圈套器冷切除术（cold snare polypectomy，CSP）治疗结肠息肉的效果。**方法** 选取北京中医药大学东方医院2020年1月—2020年12月期间收治的200例结肠息肉患者作为研究对象，根据随机数字表法分为EMR组100例（息肉172枚）和CSP组100例（息肉154枚）。对2组息肉切除时间、并发症发生率、息肉完整切除率、标本回收率、息肉复发率、息肉新生率进行对比分析。**结果** CSP组切除息肉154枚，EMR组切除息肉172枚，2组完整切除率、标本回收率比较差异无统计学意义（P>0. 05）；CSP组息肉切除时间短于EMR组（P<0. 05）；2组并发症发生率差异无统计学意义（P>0. 05）；术后6个月，2组息肉复发、息肉新生发生率比较差异无统计学意义（P>0. 05）。**结论** CSP术治疗结肠息肉可缩短手术时间，息肉完整切除率、复发率、息肉新生率及安全性与EMR类似。

关键词： 结肠息肉；EMR；圈套器冷切除术

Nursing study of cold resection of colon polypecy snare and endoscopic mucosal resection

WANG Shuang[1]，ZHAO Weiwei[1]，YAO Na[1]，ZHANG Chunshuang[1]，ZHANG Xiangju[1]，PENG Dan[2]
（1. *Department of Spleen、Stomach、Liver and Gallbladder*，*Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine*，*Beijing* 100072；2. *Department of Nursing*，*Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine*，*Beijing* 100078）

ABSTRACT：Objective To analyze the effect of endoscopic mucosal resection（EMR）and cold snare polypectomy（CSP）in the treatment of colon polyps. Methods A total of 200 patients with colon polyps admitted to the Oriental Hospital of Beijing University of Chinese Medicine from January 2020 to December 2020 were selected as the research objects，and 100 cases（154 polyps）were divided into EMR group（172 polyps）and 100 cases（154 polyps）in the CSP group according to the random number table method. The two groups of polyp resection time，complication rate，polyp complete resection rate，specimen recovery rate，polyp recurrence rate and polyp regeneration rate were compared and analyzed. Results 154 polyps were removed in the CSP group and 172 polyps in the EMR group，and there was no statistical significance in the comparison of the complete resection rate and specimen recovery rate in the two groups（P>0. 05）. The polyp excision time in the CSP group was shorter than that in the EMR group（P<0. 05），and the complication rate difference between the two groups was not statistically significant（P>0. 05）. Six months after surgery，there was no significant difference in the incidence of polyp recurrence and polyp regeneration in the two groups（P>0. 05）. **Conclusion** CSP treatment of colon polyps can shorten the operation time，and the complete resection rate，recurrence rate，polyp regeneration rate and safety of polyps are similar to EMR.

KEY WORDS：colon polyps；EMR；snare cold resection

通信作者：彭丹，E-mail：13717893741@163. com

结肠息肉为消化内科常见疾病,随着近年来人们饮食结构、生活习惯改变,发病率呈上升趋势。临床上针对结直肠息肉应采取尽早发现、尽早切除的治疗原则,内镜下黏膜切除术和高频电凝圈套切除术是目前临床上治疗结直肠息肉最常用的方法[1]。结肠息肉早期可无任何症状,随着疾病进展,可演变为结肠恶性肿瘤,据统计腺瘤性结肠息肉癌变率为2.9%~9.4%,危及患者生命。因此,及时有效切除结肠息肉具有重要意义。内镜下黏膜切除术和圈套器冷切除术是临床治疗息肉的常用术式,具有创伤小、患者术后恢复快、治疗费用低等优势[2]。本研究选取200例结肠息肉患者作为研究对象,进一步比较EMR、CSP两种手术方法的疗效。

1　资料与方法

1.1　临床资料

以北京中医药大学东方医院2020年1月—2020年12月期间收治的200例结肠息肉患者作为研究对象,按照随机数字表法分为EMR组100例(息肉172枚)和CSP组100例(息肉154枚)。EMR组女41例,男59例,年龄33~57岁,平均年龄(45.13±10.46)岁,息肉平均直径(5.65±0.72)mm。CSP组女52例,男48例,年龄35~61岁,平均年龄(47.22±10.81)岁,息肉平均直径(5.24±0.92)mm。2组基线资料(年龄、性别、息肉直径)均衡可比(P>0.05)。

1.2　纳入及排除标准

(1)纳入标准:患者知情,自愿签署同意书;经电子结肠镜检查证实为结肠息肉;有明确手术指征。(2)排除标准:(1)既往有结直肠切除术史、炎症性肠病、家族遗传性息肉病者;(2)肠道准备不佳,影响观察操作;(3)合并其他部位恶性肿瘤者;(4)临床资料不全者等[3]。

1.3　手术方法

操作器械:电子结肠镜(日本富士公司,EC-760R-V/M,高频电刀装置(ERBE,200S),圈套器(波科CAPTIVATOR-13mm),注射针(波科Interject23ga)。两组患者术前均行常规血尿常规、肝肾功能及心电图检查,行结肠镜检查并记录息肉数量、大小、位置、形态等基本信息,与患者及家属进行术前沟通[4]。患者术前1d进流食,晚餐后禁食,晚餐后口服3盒复方聚乙二醇电解质散,手术当日08:00左右口服2盒复方聚乙二醇电解质散进行肠道准备。使用结肠镜探查并记录息肉位置,EMR组在结肠息肉黏膜下注射亚加蓝甘油果糖混合液,采用高频电凝电切切除息肉,功率40W,每次通电时间2~4s。置入结肠镜寻找息肉位置,确认部位后于息肉边缘直至息肉部位的黏膜下层入针,黏膜下层注射亚加蓝甘油果糖混合液,注射剂量控制在2.5~5ml,若息肉较大可反复注射,在病灶充分隆起后拔除注射针,用圈套器套住息肉后收紧,同时通电,使用混合电流来切除息肉,针对过大的息肉则可采用分片切除法进行切除息肉[5]。CSP组通过活检孔道将圈套器送入并套取息肉,将息肉边缘0.2cm正常组织套取完全后逐渐收紧勒除息肉,之后用生理盐水冲洗创面。2组息肉均进行标本回收送病理检验。

1.4　观察指标

1.4.1　息肉切除情况　记录2组切除息肉数量、息肉切除时间(从准备器械至收集完标本时间)、完整切除率、标本回收率。

1.4.2　并发症发生情况　记录术中出血(手术期间出血持续1min以上)、术后迟发性出血(术后2周内便血)发生率。

1.4.3　随访情况　于术后6个月行结肠镜检查,统计息肉复发率及息肉新生发生率。

1.5　统计学方法

通过SPSS22.0统计学软件分析数据,计量资料以$\bar{x}$±s表示,采用t检验,计数资料以百分比表示,采用χ^2检验,P<0.05为差异有统计学意义。

2　结果

2.1　息肉切除时间

EMR组患者结肠息肉切除时间为(4.67±0.67)s,EMR组为(6.58±1.21)s,差异显著(t=9.765,P<0.01)。

2.2　息肉切除情况

CSP组切除息肉77枚,EMR组切除息肉86枚,2组完整切除率、标本回收率比较差异无统计学意义(P>0.05)。见表1。

表1　2组息肉切除情况对比例(%)

组别	例数	完整切除率	标本回收率
CSP组	100	146(94.80)	136(88.21)
EMR组	100	164(95.34)	160(93.02)
X^2		0.041	1.079
P		0.839	0.299

2.3 并发症发生率

2组并发症发生率比较差异无统计学意义(P>0.05),见表2。

表2 2组并发症发生率对比例(%)

组别	例数	术中出血	术后迟发出血	总发生率
CDP组	100	2(2.00)	0(0.00)	2(2.00)
EMR组	100	0(0.00)	2(2.00)	2(2.00)
X^2				0.000
P				1.000

2.4 随访情况

术后6个月,2组息肉复发、息肉新生发生率比较差异无统计学意义(P>0.05),见表3。

表3 2组随访情况对比例(%)

组别	例数	息肉复发	息肉新生
CSP组	100	4(4.00)	10(10.00)
EMR组	100	6(6.00)	16(16.00)
X^2		0.000	0.796
P		1.000	0.372

3 讨论

结肠息肉的病变位置在大肠黏膜上,此病具有较高的癌变性[6],结肠癌为常见消化道肿瘤,近年来发病率呈上升趋势。一般认为,绝大部分结肠癌起源于腺瘤,腺瘤样息肉是一种癌前病变。腺瘤癌变概率与其大小、大体形状、不典型增生程度、病理类型有关,一般>2 cm、绒毛管状、重度不典型增生、广基腺瘤癌变概率较高。EMR进行息肉切除术是一种比手术更具成本效益和安全的选择,但EMR术后部位息肉残留或复发是制约其应用的主要原因[7]。随着内镜技术发展,结肠镜筛查、内镜下治疗可有效阻断息肉癌变途径,从而降低结肠癌发病率。

临床85%~90%的结直肠息肉<10mm,既往常采用EMR术进行治疗,其属于热切除的一种。近年来,越来越多研究表明CSP术疗效及安全性优于热切除。欧洲内镜学会(ESGE)2017年结直肠息肉切除术指南建议,对于≤5 mm的小息肉,推荐使用CSP术,该术式操作简便,切除时间短,无需使用电凝电切装置,完全切除率高,获得组织样本充足,且并发症发生率低。相关研究发现,与热切除相比,冷切除可显著降低术后出血发生率,节省23.5%治疗时间、节省22.9%院内停留时间。本研究中CSP组息肉切除时间短于EMR组,差异有统计学意义(P<0.05),与上述研究结果一致。圈套器冷切除息肉作为近年来兴起的技术,其使用器械简单,1把圈套器即可,操作时将息肉呈现于内镜视野下方,经评估后将圈套放置于息肉外缘0.2 cm处,管鞘前伸与圈套器形成夹角后,缓慢收缩圈套将息肉切除即可,同时认为与活检钳摘除术相比,圈套器冷切除术不仅具有显著治疗效果,还具备较高的安全性[8]。

息肉切除术后常见并发症包括出血、穿孔,术后并发症发生会增加患者住院费用,降低患者满意度。术中和术后迟发性出血均需给予积极的治疗,防止对患者术后恢复造成严重的影响[9]。EMR术可增加术后迟发性出血概率,这与电热效应可损伤富含血管的黏膜下层深层有关,而冷切除损伤局限于黏膜层,可降低迟发性出血概率。冷切除由于缺少电热效应对切缘凝固作用,创面渗血几乎不可避免,术中出血率高[10]。本研究结果显示,CSP组术中出血2例,无术后迟发性出血发生,EMR组术后迟发性出血发生2例,2组均无穿孔发生,2组并发症发生率比较差异无统计学意义(P>0.05)。心血管疾病、高血压、息肉大小(>10 mm)、右半结肠息肉是迟发性出血显著的危险因素[11]。EMR能够结合高频电刀、注射液等,有效切除息肉,尤其是息肉较大者,且操作简便,操作时不会直接接触息肉,损伤小,且利于回收病变组织。实际操作中需注意高频电刀烧灼到患者,同时术中患者出现较大的出血量时,应予以钛夹止血,有效控制治疗过程中的风险。

有报道显示息肉切除术后2年累积复发率高达80%,发生原因可能与性别、年龄、环境及遗传因素有关,息肉切除术后定期复查结肠镜在预防息肉复发和新生中发挥重要作用。本研究结果显示,2组息肉复发率、息肉新生率比较差异无统计学意义,可能与术后随访时间短有关。

综上所述,CSP术治疗结肠息肉可缩短手术时间,息肉完整切除率、复发率、息肉新生率及安全性与EMR类似。

参考文献

[1] 库水萍,张飞雄,尹华,等. 内镜黏膜切除术和热圈套切除术治疗无蒂结直肠息肉的比较研究[J]. 宁夏医学杂志,2019,41(2):148-151.

[2] 樊荣荣,范彩霞,范艳明,等. 内镜下黏膜切除术和圈套器冷切除术治疗结肠息肉效果对比分析[J]. 基层医学论坛,2021,25(7):933-935.

[3] 张宁博. 结肠息肉经内镜下结肠黏膜切除术后不同结局的原因分析[J]. 临床研究,2021,29(8):10-12.

[4] 吴建红,朱君. 探讨内镜下黏膜切除术和氩离子凝固术对结肠息肉的临床疗效[J]. 当代医学,2021,27(27):15-17.

[5] 肖先水,吴联胜,高上清. 内镜下黏膜切除术治疗结直肠无蒂息肉的疗效观察[J]. 临床医学工程,2020,27(9):1139-1140.

[6] 常琛. 肠镜下结肠息肉高频电凝电切除术中的护理配合[J]. 中国实用医药,2019,14(23):156-157.

[7] 张伟健,李海文,梁艺钟,等. 基于内镜下黏膜切除术的中西医治疗大肠息肉研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志,2021,29(8):588-594.

[8] 毛苇,赵心恺,冯菲菲,等. 圈套器冷切除与活检钳摘除结肠小息肉的疗效比较[J]. 新医学,2018,49(5):337-340.

[9] 李永超,郑德权,胡晓霞,等. 结肠息肉内镜下黏膜切除术后迟发性出血的危险因素分析[J]. 中国内镜杂志,2020,26(3):57-61.

[10] 李杨,汪胡根,蔡铁,等. 结肠息肉圈套器冷切除术后瞬时性出血风险因素分析[J]. 安徽医药,2021,25(8):1505-1508.

[11] 叶依霞,司徒树标,倪东升. 预防性放置钛夹对结直肠息肉内镜下黏膜切除术后迟发性出血的影响研究[J]. 中国实用医药,2021,16(25):39-41.